



=====  
kompletnie wypełnioną Kartę Zgłoszenia  
należy zdać do biura Akademii Tańca RELIESE

## LETNIE ZGRUPOWANIE CHEERLEADINGU SPORTOWEGO I TAŃCA NIECHORZE`2021

### INFORMACJA ORGANIZATORA PLACÓWKI

1. rodzaj placówki wypoczynku: OBÓZ SPORTOWY
2. adres placówki wypoczynku OŚRODEK STOLTUR W NIECHORZU
3. czas trwania turnusu: 19 – 30.08.2021

#### KARTA KWALIFIKACYJNA UCZESTNIKA

wypełniają rodzice-opiekunowie prawni

1. imię i nazwisko uczestnika \_\_\_\_\_

2. data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_

3. adres zamieszkania wraz z kodem \_\_\_\_\_

4. adres rodziców-opiekunów prawnych w trakcie pobytu dziecka na szkoleniu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

5. numer PESEL dziecka i nazwa kasy chorych, do której dziecko przynależy \_\_\_\_\_

6. dokładna informacja rodziców-opiekunów prawnych dotycząca stanu zdrowia dziecka (np. na co jest uczulone, czy nosi okulary, jakie leki stałe przyjmuje, jak znosi jazdę samochodem oraz wszystkie inne informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu opieki dziecku na obozie):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w poczuciu troski o własne dziecko podałem/am wszystkie znane mi informacje (nie zatajając żadnej z nich), które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na wyjeździe. W przypadku zaistnienia zagrożenia zdrowia lub życia wyrażam zgodę\* / nie wyrażam zgody\* na hospitalizację dziecka po telefonicznym powiadomieniu.

\* niepotrzebne skreślić

Oświadczam również, że:

Wyrażam zgodę na wyjazd dziecka na **LETNIE ZGRUPOWANIE CHEERLEADINGU SPORTOWEGO I TAŃCANIECHORZE`2021**

organizowany przez Akademię Tańca RELIESE

1. Syn, córka będzie przestrzegać regulaminu placówki wypoczynku oraz regulaminu zajęć Akademii Tańca RELIESE
2. Syn, córka jest świadoma, że: 1) celem szkolenia jest podniesienie ogólnej sprawności fizycznej i techniki tanecznej oraz aktywny wypoczynek, 2) zdecydował(a) się na wyjazd zbiorowy, co łączy się z zasadami współżycia w grupie.
3. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku nieprzestrzegania regulaminu Rada Pedagogiczna w uzgodnieniu z organizatorem może podjąć decyzję o usunięciu dziecka z placówki szkoleniowej na koszt rodziców.
4. Zobowiązuję się do poniesienia odpowiedzialności materialnej za szkody wyrządzone przez moje dziecko.
5. Wyrażam zgodę na przebadanie mojego dziecka na poczet zawartości alkoholu w organizmie (alkomat).
6. Przyjmuję do wiadomości, że organizator nie zwraca kosztów za niewykorzystane dni pobytu na szkoleniu z winy uczestnika lub ze względu na wcześniejsze zabranie dziecka z placówki.
7. Przyjmuję do wiadomości, że organizator nie ponosi odpowiedzialności materialnej za zagubione rzeczy.

\_\_\_\_\_  
imię i nazwisko (rodzic lub opiekun prawny)

nr PESEL

podpis

**INFORMACJA WYCHOWAWCY KLASY**

1. uczeń(nica) interesuje się \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. należy do koła zainteresowań \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. inne uwagi o uczniu \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis wychowawcy klasy

**INFORMACJA PIEŁĘGNIARKI SZKOLNEJ O SZCZEPIENIACH:**

szczepienia ochronne (podać rok) : tężec: \_\_\_\_\_, błonica \_\_\_\_\_, dur \_\_\_\_\_,

inne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis pielęgniarki

**OPINIA LEKARZA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA DZIECKA ORAZ WYRAŻENIE ZGODY NA UDZIAŁ W SZKOLENIU:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć lekarza

---

**ADNOTACJE MEDYCZNE W TRAKCIE TRWANIA SZKOLENIA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć opieki medycznej

**ADNOTACJE OPIEKUNA GRUPY PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
miejsowość, data

\_\_\_\_\_  
podpis opiekuna grupy